FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1912 — THÈSE N° 91

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Par **Aubin BAILLE**

Médaille de bronze de l'Assistance publique
Interne à l'Institut Orthopédique de Berck

LES TUBERCULOSES SUPPURÉES

COMMENT LES GUÉRIR SUREMENT

PAR LA MÉTHODE DES PONCTIONS

LES RAISONS DES INSUCCÈS

Président : M. ALBERT ROBIN, *professeur.*

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1912

91

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1912 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **Aubin BAILLE**

Médaille de bronze de l'Assistance publique
Interne à l'Institut Orthopédique de Berck

LES

TUBERCULOSES SUPPURÉES

COMMENT LES GUÉRIR SUREMENT

PAR LA MÉTHODE DES PONCTIONS

LES RAISONS DES INSUCCÈS

Président : M. Albert ROBIN, *professeur.*

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER.
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT. CHAUFFARD.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET. QUENU. RECLUS. N....
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT DES-SAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

BALTHAZARD	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BERNARD	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GREGOIRE	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GUENIOT	LŒPER	RICHAUD
BROCA (André)	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JOUSSET (André)	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	LABBÉ (Marcel)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVAS-TINE	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LECÈNE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE		OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON ONCLE, LE Dr BAILLE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur ALBERT ROBIN

Professeur de clinique thérapeutique à la Faculté,
Membre de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'Honneur.

A MES MAITRES DES HÔPITAUX DE PARIS

Messieurs les Drs MICHAUX
MÉNÉTRIER
LETULLE
GUINON
LÉON BERNARD
MARION
CATHALA

A MON MAITRE

M. le Dr CALOT

Chevalier de la Légion d'Honneur,
Chirurgien en chef de l'Institut Orthopédique de Berck
de l'hôpital Rothschild,
de l'hôpital Cazin, de l'hôpital de l'Oise
et des Départements, etc...

LES

TUBERCULOSES SUPPURÉES

COMMENT LES GUÉRIR SUREMENT

PAR LA MÉTHODE DES PONCTIONS

LES RAISONS DES INSUCCÈS

INTRODUCTION

Le traitement des tuberculoses externes a subi depuis quelques années une transformation complète; l'avènement de l'antisepsie et de l'asepsie avait fait espérer qu'allait être enfin close l'ère où les abcès froids abandonnés à eux-mêmes s'ouvraient à la peau, donnant naissance à des fistules qui amenaient à plus ou moins longue échéance la dégénérescence viscérale et la mort. On croyait que le bistouri manié dans les conditions voulues de propreté allait s'attaquer avec succès aux tuberculoses externes et en supprimer les foyers. Mais il fallut au bout de quelques années, se rendre à l'évidence et convenir que l'intervention sanglante, loin d'être un progrès dans le traitement des tuberculoses chirurgicales, dépassait par ses méfaits l'abstention ancienne.

En effet, tandis que les tuberculoses suppurées aban-

données à elles-mêmes se résorbent dans près de la moitié des cas, l'intervention sanglante laisse après elle une fistule fréquente dans les tuberculoses superficielles (adénites cervicales, tuberculoses très accessibles des membres), constante ou presque dans les tuberculoses des os ou des jointures des membres, et surtout dans le mal de Pott, pour lequel il est toujours impossible de faire une intervention vraiment complète. Or la fistule, c'est la porte ouverte à la mort, et c'est à éviter la fistule que doit tendre le médecin qui soigne une tuberculose externe.

De plus, le bistouri et la curette sont fréquemment responsables d'une inoculation tuberculeuse qui se traduit soit par une extension régionale de la tuberculose, soit par l'éclosion à distance d'un nouveau foyer.

Troisième grief enfin à relever contre l'opération, dans les cas heureux où la guérison a été obtenue : ce sont les mutilations causées, impotences laissées chez les enfants par les opérations portant sur le squelette des membres, cicatrices persistantes qui marquent d'une façon si désobligeante.

Pour toutes ces raisons il fallut chercher autre chose, et c'est ainsi que naquit et se précisa petit à petit le traitement des tuberculoses externes par les ponctions et injections, si bien qu'à l'heure actuelle, à Berck, ce rendez-vous des tuberculoses chirurgicales, ce traitement a détrôné tous les autres.

C'est à mieux faire connaître ce mode de traitement qu'est consacré ce travail : nous voudrions apprendre au praticien quand et comment il doit ponctionner, et

par là lui permettre de mener à bien cette chose délicate qu'est le traitement des abcès froids.

Beaucoup de médecins en effet savent qu'ils doivent ponctionner leurs malades, et croient savoir les ponctionner ; or ils ont bien souvent des mécomptes à ce sujet parce qu'ils ne se sont pas donné la peine d'apprendre. Nous voudrions leur dire quelles sont les indications de la ponction, nous verrons ensuite ses contre-indications, et en dernier lieu les incidents qui peuvent se produire au cours de la ponction, ainsi que la conduite à tenir dans ces circonstances.

Qu'il nous soit permis d'offrir ici au Dr Calot, dont nous sommes depuis près d'un an l'interne à l'Institut Orthopédique, l'expression de notre reconnaissance. C'est à lui que nous devons ce que nous savons en orthopédie, et ce travail n'est que le reflet des idées pour lesquelles il bataille sans relâche et dont il aime à imprégner quotidiennement ceux qui travaillent à ses côtés.

PREMIÈRE PARTIE

LES INDICATIONS DE LA PONCTION

I. — LES RAISONS D'ÉVACUER

L'erreur des interventionnistes, je veux dire des partisans de l'opération sanglante en matière de tuberculose externe, était de considérer les foyers tuberculeux comme des tumeurs, et de croire qu'avec leur bistouri ils les allaient extirper d'un coup.

Puisque donc on ne peut enlever le foyer tuberculeux il faut essayer de le détruire sur place : c'est ce que se proposent les injections modificatrices faites dans les collections froides. Mais avant d'injecter un abcès froid, il convient d'en vider tout d'abord le contenu pour permettre au liquide injecté d'agir sur les parois et de les modifier. Dans d'autres cas la ponction n'est pas le prélude de l'injection, elle se fait pour elle-même, par exemple lorsqu'il s'agit de diminuer la tension d'un abcès dont la peau est sur le point d'éclater.

En ponctionnant ainsi les abcès, on aide l'organisme dans sa lutte défensive contre le bacille de Koch en le

débarrassant de produits toxiques. De plus, et c'est ce qui fait que, d'une manière générale, on peut dire que tout abcès froid doit être ponctionné : la guérison est plus rapide et plus complète lorsque l'abcès a été traité par les ponctions et injections que lorsqu'il a été abandonné à lui-même (nous ne parlons pas du traitement sanglant ; nous avons vu sa valeur, ou plutôt son danger).

Tandis que la résorption spontanée d'un abcès, d'ailleurs inconstante, demande un temps considérable, la guérison s'obtient bien plus rapidement par les ponctions et injections, et d'autre part un abcès ainsi traité est et reste mieux guéri qu'un abcès résorbé.

Ce sont là autant de raisons qui justifient en faveur de l'abcès froid l'ancien adage : *ubi pus, ibi evacua,* avec cette restriction cependant que l'évacuation ne sera pas le fait du bistouri mais de l'aspirateur.

A côté de ces raisons générales : détersion, action sur le foyer, qui incitent à vider le contenu des abcès froids, il est des indications plus spéciales qui forçent la main au médecin pour hâter la ponction de certains abcès.

C'est qu'en effet dans certains cas il faut se presser : l'abcès est tendu, la peau amincie menace de céder, et il faut qu'une intervention prompte se produise si l'on ne veut qu'un éclatement irréparable entraîne la terrible fistulisation. Nous ne saurions trop insister sur l'urgente nécessité qu'il y a dans ces cas à ponctionner, et c'est peut-être dans la crainte de la fistule que consiste l'indication primordiale de la ponction.

D'autres fois ce n'est plus dans les dangers que court

la peau que le médecin trouve l'indication de ne pas différer son action, c'est dans la gêne occasionnée par la présence d'un abcès, par exemple contracture du psoas causée par un abcès inclus dans la gaine de ce muscle ; c'est dans les troubles occasionnés dans les grands appareils de l'économie par la présence d'un abcès rétro-pharyngien par exemple, déterminant des vomissements et de la gêne respiratoire, comme il nous a été donné d'en voir un exemple il y a quelques mois, c'est encore dans les douleurs occasionnées par la compression du sciatique ou de tout autre nerf.

En somme, à part certains cas où il faut s'abstenir, et c'est ce qui fera l'objet de notre seconde partie, tout abcès froid doit être ponctionné.

Dans certains cas le médecin doit ne pas tarder ; nous venons de voir que c'est quand il s'agit de ménager l'intégrité de la peau menacée, ou de porter remède à des troubles fonctionnels ou phénomènes douloureux. Dans les autres cas, quand doit-on ponctionner ?

II. — LE MOMENT DE LA PONCTION

Nous arrivons ainsi, après avoir passé en revue les raisons qu'il y a d'évacuer les abcès froids, à un nou-

Fig. 1. — Manière de rechercher s'il y a un abcès. — Palpation successive de tous les points par les 2 index ainsi disposés.

veau problème. Nous sommes résolus à pratiquer une ponction pour une collection que nous avons à traiter

mais quand devons-nous faire cette ponction ? Autrement dit, quel est le moment de la ponction ?

C'est quand la fluctuation est bien nette, c'est-à-dire quand l'abcès est sous la peau, mais n'a pas encore envahi celle-ci. Sur la recherche de la fluctuation il est inutile d'insister, tout médecin devant connaître à fond cette technique.

III. — LES PRÉPARATIFS, L'INSTRUMENTATION

Nous n'insisterons pas non plus sur les préparatifs de la ponction : toilette des mains de l'opérateur, asepsie de la peau du malade au moyen de la teinture d'iode, anesthésie locale au chlorure d'éthyle.

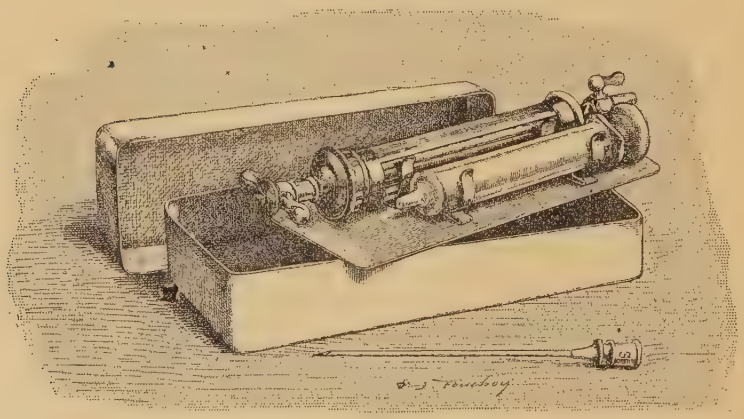

Fig. 2. — Boîte Calot, contenant un aspirateur, une seringue et une aiguille.

Par contre, il nous semble bon de donner quelques renseignements sur l'aspirateur Calot dont nous nous servons à cet usage et sur son maniement.

L'aspirateur, d'une capacité de 10 centimètres cubes,

est composé d'un tube de verre fixé dans une garniture métallique et d'un piston en amiante.

Le réglage se fait au moyen de deux vis placées l'une à l'extrémité du tube de verre, l'autre à l'extrémité de la tige commandant le piston.

En serrant l'écran molleté qui termine la tige, on grossit le piston d'amiante ; on assure par là l'étanchéité.

En serrant l'autre vis, c'est-à-dire celle placée à l'extrémité du tube de verre, on parfait le contact de ce tube sur les deux rondelles de caoutchouc placées à ses extrémités.

L'aspirateur s'arme de la façon suivante : le robinet étant fermé, on tire la tige du piston jusqu'à bout de course, et on la tourne ensuite d'un quart de tour ; il y a là un cran d'arrêt permettant de la fixer dans cette position.

Cet aspirateur se stérilise par l'ébullition.

Les aiguilles qui servent pour les ponctions sont les n^{os} 3 et 4 du D^{r} Calot (les n^{os} 1 et 2 étant réservés pour les injections).

Voici quelles sont les dimensions de ces aiguilles chez Collin.

N° 3

Diamètre extérieur . .	155/100 de millimètre
— intérieur . .	110/100 —
Longueur	0,09 centimètres

N° 4

Diamètre extérieur . .	200/100 de millimètre
— intérieur . . .	155/100 —
Longueur	0,09 centimètres

Elles sont munies d'un œil latéral près de leur pointe. Il est bon que ces aiguilles soient en platine iridié, car on peut ainsi, pour les stériliser, les flamber sans les détériorer.

IV. — LA PONCTION

L'aspirateur est prêt, c'est-à-dire que le vide y a été fait ; vous avez en main l'aiguille, de calibre suffisant,

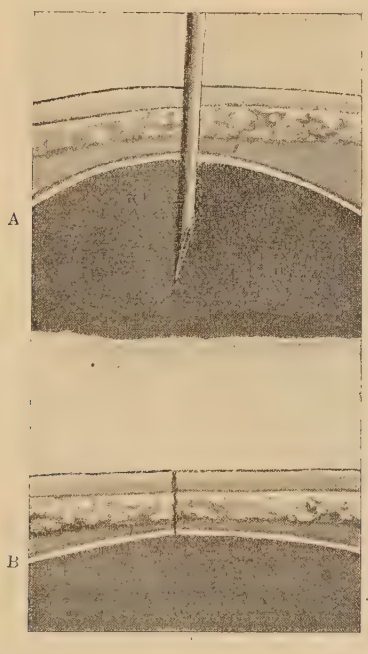

Fig. 3. — Comment il ne faut pas piquer, car si on enfonce l'aiguille perpendiculairement à la paroi, le trajet à travers les tissus mous sera très court, le parallélisme des bords de la petite plaie reste intégral quand l'aiguille est retirée : ces circonstances facilitent l'infection de la plaie par le pus qui peut refluer.

en pratique le n° 3, pour que les grumeaux ne l'obstruent pas, et pas trop gros d'autre part pour éviter le risque de la fistulisation de l'orifice cutané; où allez-vous

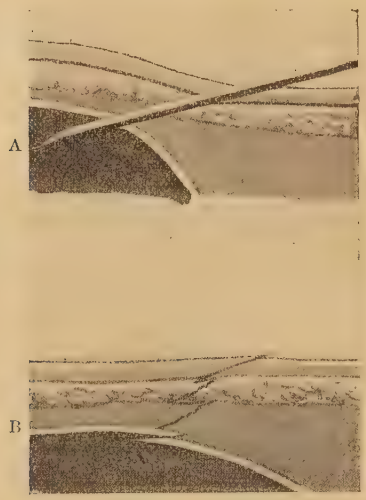

Fig. 4. — Comment il faut piquer : en A ponction très oblique : trajet beaucoup plus long ; en B, la rétraction des tissus mous détruit le parallélisme des bords de la plaie, on fait un trajet en chicane.

ponctionner ? Il faut ponctionner en peau saine; cela est un point très important. Vous éviterez aussi de piquer la peau perpendiculairement ; au contraire vous irez aborder l'abcès à 3 ou 4 centimètres de sa périphérie, par un **trajet oblique** qui permettra aux lèvres de l'extrémité profonde du trajet de l'aiguille de jouer le rôle de clapet et d'empêcher ainsi le contenu de l'abcès de s'échapper au dehors, une fois l'aiguille enlevée.

L'anesthésie au chlorure d'éthyle durcit considérablement la peau ; il faut donc appuyer fortement pour introduire l'aiguille : on modère ensuite son effort pour

conduire l'aiguille jusque dans l'abcès. On est averti qu'on a pénétré dans celui-ci par la sensation de liberté

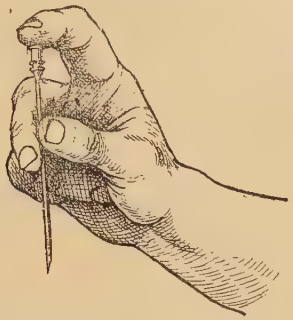

Fig. 5. — L'aiguille est tenue entre le pouce et le médius servant de guide, l'index poussant sur le pavillon (ou bien encore comme un trocart ou une plume à écrire).

que l'on a, lorsque l'on a franchi la résistance de la paroi; d'ailleurs, assez souvent une gouttelette de pus

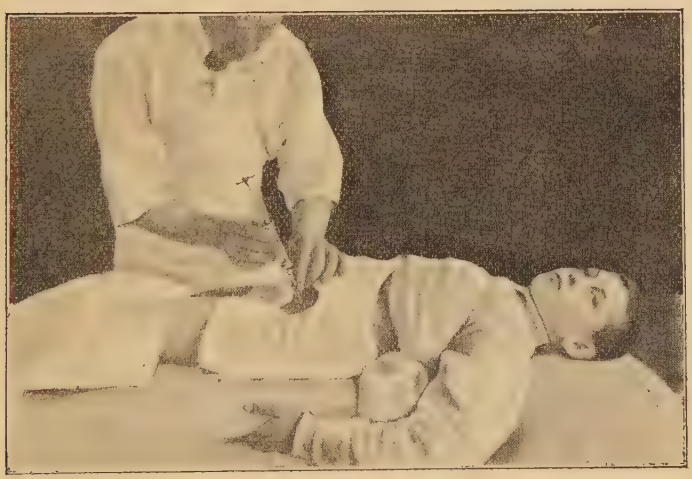

Fig. 6. — Pour ajuster l'aspirateur sur l'aiguille, tenir l'embout de cette dernière entre le pouce et l'index de la main gauche afin d'éviter tout déplacement de la pointe. L'ajustage une fois assuré, la main gauche va ouvrir le robinet de l'aspirateur.

vient sourdre à l'extrémité de l'aiguille. On adapte alors l'aspirateur préalablement armé; on ouvre le robinet et le pus monte : l'aspirateur plein, on le retire, le vide, l'arme de nouveau, et on le réadapte à l'aiguille, jusqu'à ce que l'abcès soit vidé.

La ponction étant souvent le prélude d'une injection, nous donnons la formule des liquides que l'on injecte le plus souvent dans la pratique.

Mélange sclérosant.

Huile	70 grammes
Éther	30 —
Créosote	5 —
Gaïacol	1 —
Iodoforme	10 —

Mélange fondant.

Naphtol camphré	2 grammes
Glycérine	12 —

Agiter vigoureusement au moment de s'en servir à cause de l'instabilité.

En général la dose maxima à injecter est pour les gros abcès, de 10 à 12 centimètres cubes; pour les petits abcès, de la moitié de la quantité du pus retiré.

Pour faire l'injection, on se contente de remplacer l'aspirateur par une seringue et de pousser l'injection.

Après quoi, d'un coup sec, on retire l'aiguille, et avec une compresse, on détruit par quelques mouvements de va-et-vient le parallélisme des deux orifices de la peau et de la paroi de l'abcès. On fait ensuite un pansement compressif et on n'y touche plus de plusieurs jours, jusqu'à la deuxième ponction.

IV. — LA DEUXIÈME PONCTION

Quand faut-il faire cette deuxième ponction ? D'une façon générale après une dizaine de jours ; dans certains cas plus tôt, mais l'étude de ces cas nous retiendra dans notre troisième partie et nous ne nous occupons ici que des cas ordinaires. Dans ceux-ci donc au bout de dix à douze jours on fait une nouvelle ponction suivie d'injection, en ayant soin de piquer la peau sur un nouveau point pour éviter le risque d'une fistule.

V. — NOMBRE ET INTERVALLE DES PONCTIONS

Combien faire de ponctions et à quel intervalle ? Il y a là un écueil à éviter : faire trop ou pas assez de ponctions, les faire trop fréquentes ou trop espacées.

En général il faut atteindre le chiffre de 7 à 8 ponctions séparées l'une de l'autre par un intervalle de dix à quinze jours.

A la septième ponction le liquide retiré n'est plus du pus, mais un mélange de sérosité brune et de liquide modificateur, parfois un peu teinté de rose.

Très souvent aussi à ce moment on reconnaît dans le contenu de l'abcès du liquide injecté non modifié. Si après 7 ponctions et injections le liquide se reproduit encore, et c'est là la règle, on fait une huitième ponction, mais celle-ci sans injection consécutive, et on comprime aussitôt la région avec des carrés d'ouate entrecroisés, et des bandes Velpeau : on favorise ainsi l'accolement de la paroi de l'abcès dès lors assainie et avivée.

On laisse ce pansement compressif pendant une ving-

taine de jours, en se contentant de temps à autre de le resserrer, et lorsqu'on l'enlève, l'accolement des parois de l'abcès s'est produit : l'abcès est guéri.

Ce chiffre de 7, 8 ponctions n'a rien d'absolu : c'est une moyenne ; il est des cas où il faut aller beaucoup plus loin : nous dirons un mot de ces cas qui s'éternisent dans la troisième partie.

DEUXIÈME PARTIE

LES CONTRE-INDICATIONS DE LA PONCTION

Nous avons dit antérieurement qu'il y avait lieu d'apporter quelque restriction à la formule qui veut que tout abcès froid soit ponctionné : aussi avons-nous dit : « tout abcès froid devrait être ponctionné ». C'est l'étude des cas où il faut s'abstenir que nous allons maintenant aborder.

Ces contre-indications sont en somme de deux sortes ; elles viennent soit du malade, soit de l'abcès.

I. — DU COTÉ DU MALADE

1° Il est évident qu'il ne faut pas ponctionner un abcès lorsque la **peau** est le siège de furoncles, d'eczéma : toutes **lésions** dont on faciliterait la diffusion et qui seraient la source d'infection secondaire. Dans le même cadre rentre la prohibition de ponctionner, chez les jeunes **enfants qui se souillent**, un abcès que son voisinage expose à une macération dangereuse ; ce n'est point à dire que cette prohibition soit absolue, mais il faut avoir soin d'être très sobre de ponctions dans ces abcès particulièrement exposés ;

2° Pour la même raison d'infection possible, il faut interrompre le traitement par les ponctions au cours de toute **maladie infectieuse**, fièvre éruptive, érysipèle, etc. ;

3° Autre motif constituant un *noli me tangere :* c'est la **multiplicité des foyers tuberculeux** ; l'expérience montre en effet que dans ces cas il faut réduire au minimum le traitement local et instituer pour les porteurs de ces lésions un traitement surtout général ;

4° **L'état général** du sujet peut aussi constituer une contre-indication aux ponctions : lorsqu'il est **très misé-**

rable ; car ce que l'on risque dans ces conditions, c'est la constitution ultérieure de nouveaux foyers bacillaires.

Il faut donc savoir se méfier de ces malades très amaigris, cachectiques, et dont le pus offre de son côté un aspect spécial avec sa coloration rouge-brique.

II. — DU COTÉ DE L'ABCÈS

La contre-indication découle tout naturellement de ce que nous avons exigé d'un abcès pour qu'il soit à ponctionner, à savoir qu'il soit bien accessible. Il tombe sous le sens en effet qu'il ne faut pas, sous prétexte de ponctionner tout abcès froid, aller risquer de blesser quelque organe important ; exemple : les abcès profonds de la fosse iliaque ; il faut dans ces cas prendre patience, attendre qu'ils soient devenus superficiels. De même dans le cas d'abcès rétro-pharyngien symptomatique d'un mal de Pott cervical, il ne faut pas se précipiter : il faut attendre d'avoir la main forcée par les troubles dysphagiques ou asphyxiques pour faire la ponction, si délicate en cette région.

Il nous semble utile de rappeler ici que, contrairement à l'enseignement classique, l'abcès rétro-pharyngien ne doit pas être ouvert par la bouche, mais qu'il doit être ponctionné par les par-

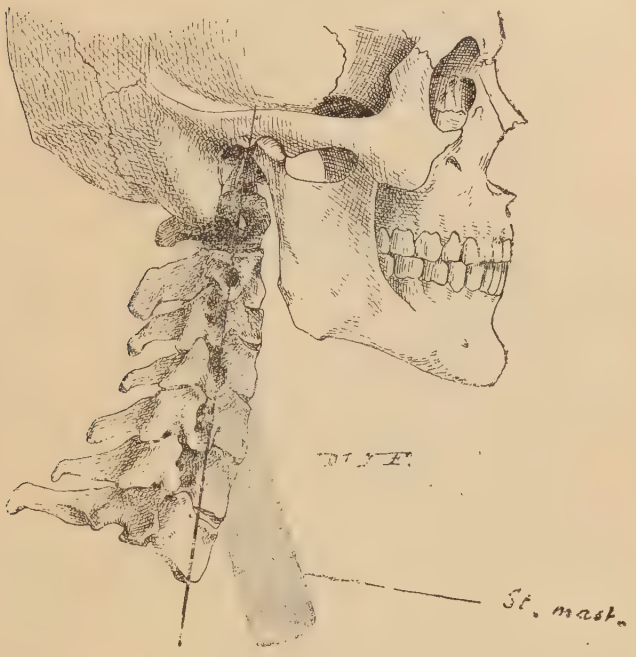

Fig. 7. — Pour la ponction des abcès rétro-pharyngiens, on se repère sur les apophyses transverses. La ligne des apophyses transverses dans les 1res cervicales se trouve coïncider avec une verticale abaissée du conduit auditif. Un doigt repoussera en avant le muscle sterno-cléido-mastoïdien.

ties latérales du cou, même lorsqu'il n'est pas perceptible par là. Voici la technique telle qu'elle a été fixée par M. Calot, après études cadavériques. « On pique tout contre et devant l'apophyse transverse de la 3e vertèbre cervicale qu'on sent assez facilement ; on rase l'os et l'on reste par conséquent bien en

arrière des vaisseaux dont on est séparé par les petits muscles prévertébraux, et l'on arrive ainsi sur la collection. » — Il faut

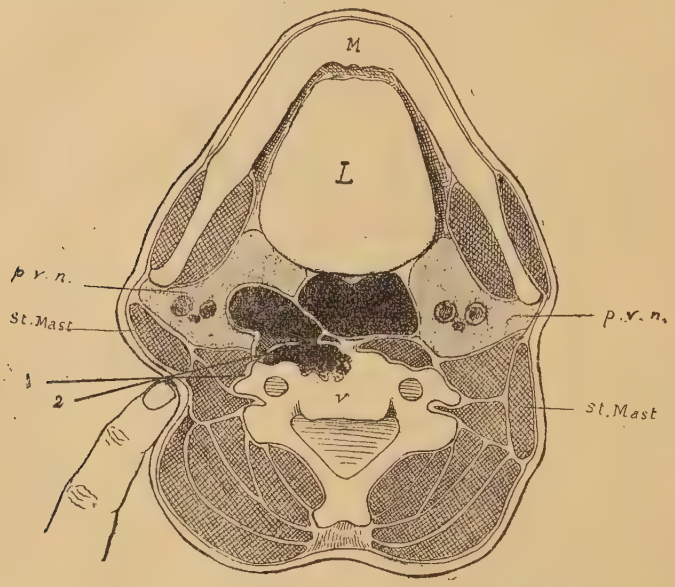

Fig. 8. — La ponction d'un abcès rétro-pharyngien venant du corps de la 3e cervicale et ne se manifestant par aucun signe clinique sur les parties latérales du cou. — M. maxillaire inférieur. — L. langue. — V. Vertèbre. — p. v. n. Paquet vasculo-nerveux. — L'aiguille est enfoncée en avant de l'apophyse transverse, elle rase l'os, en prenant d'abord la direction 1, puis la direction 2.

pour cette intervention être sûr de l'immobilité du malade, et donc recourir au besoin au chloroforme.

TROISIÈME PARTIE

LES INCIDENTS DE LA PONCTION

Muni d'une bonne technique, le praticien est à même de mener à bien le traitement par les ponctions d'une tuberculose suppurée. Quelquefois cependant certains incidents viendront l'embarrasser. Nous voudrions dans cette dernière partie lui signaler ces incidents et lui indiquer la conduite à tenir en pareille occurrence.

A côté des incidents immédiats, c'est-à-dire se produisant au cours même de la ponction, il en est d'autres qui surviennent à la suite d'une ou de plusieurs ponctions. Nous étudierons successivement ces deux catégories d'incidents.

I. — INCIDENTS IMMÉDIATS

1° Ponction blanche

L'aiguille mise en place et l'aspiration faite, il ne s'écoule rien.

a) Vérifiez le fonctionnement de votre **aspirateur** c'est-à-dire aspirez un peu d'eau bouillie dans un godet ou un verre à pied : si l'eau ne monte pas, serrez les deux vis de réglage et renouvelez l'expérience : l'eau monte-t-elle, retournez à votre abcès ; sinon, prenez un autre aspirateur.

b) Malgré cela rien ne vient : votre **aiguille** était peut-être *bouchée d'avance* : vous auriez dû auparavant vérifier sa perméabilité ; elle peut aussi être bouchée, sitôt l'aspiration, par des *grumeaux* : introduisez délicatement dans votre aiguille le mandrin fabriqué de façon à ne dépasser que légèrement l'extrémité de l'aiguille. Ou bien encore le *pus* est trop épais : essayez alors un n° 4, mais pas un numéro plus gros. Si rien ne vient, restez-en là pour cette fois : vous serez plus heureux un autre jour.

c) Autre hypothèse, **vous n'êtes pas dans l'abcès** : vous êtes peut-être encore *en deçà* de la paroi : enfoncez

un peu votre aiguille, ou au contraire un peu *en delà* : vous avez transpercé votre abcès : cela arrive facilement avec les abcès en nappe, étalés entre deux muscles : retirez un peu votre aiguille. Au besoin procédez à une nouvelle palpation de la région et cherchez si le niveau

Fig. 9. — Pour éviter les vaisseaux, on les repère avec l'index et le médius d'une main et on les écarte pendant que de l'autre main on enfonce l'aiguille à 2 centimètres en dehors.

de l'abcès répond bien à celui de la pointe de l'aiguille. En tous cas évitez de trop larder la région de trajets qui peuvent permettre une inoculation plus facile du bacille de Koch.

2° Hémorragie

Un deuxième incident possible, c'est l'hémorragie. Celle-ci d'ailleurs peut être de diverses sortes :

a) Ce peut être du sang pur, si vous avez lésé un vaisseau de calibre suffisant: c'est là un accident qui ne

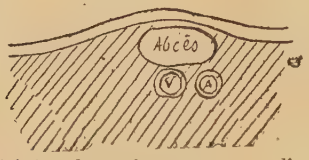

Fig. 10. — Comment éviter les vaisseaux en cas d'un petit abcès placé en avant des vaisseaux.

vous arrivera pas, si vous prenez soin de bien repérer vos vaisseaux. La lecture des figures ci-contre vous mon-

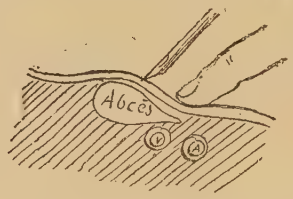

Fig. 11. — L'abcès est repoussé en dedans par la pression du doigt. L'aiguille, dirigée de dehors en dedans sur l'ongle, ne risque pas d'atteindre la veine.

trera d'ailleurs mieux qu'une longue explication, la manière d'éviter les vaisseaux situés soit au-dessus, soit

Fig. 12. — Abcès placé en arrière des vaisseaux.

au-dessous d'un abcès qu'on doit ponctionner. Si malgré tout, pareille éventualité vous arrive, retirez votre aiguille aussitôt et faites un pansement compressif.

b) Il est une autre hémorragie du **début** : celle-là ne consiste plus en sang pur, mais simplement en **quelques stries rougeâtres** nageant au milieu du liquide :

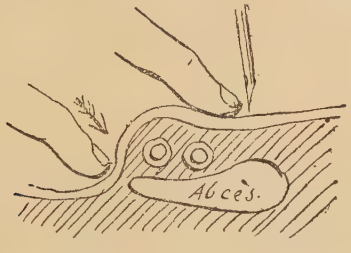

Fig. 13. — Un doigt déprime fortement la peau en dedans de la veine dans le sens de la flèche : l'abcès fait saillie en dehors de l'artère : un deuxième doigt protège cette dernière pendant la ponction.

dans ce cas ne vous effrayez pas, continuez tranquillement à aspirer, et vous verrez que votre deuxième liquide ne contiendra plus que du pus.

c) **A la fin** de la ponction, lorsque le liquide **commence à rougir**, considérez l'évacuation comme suffisante : en insistant, vous feriez saigner la paroi inutilement.

3° Arrêt du liquide

Il arrive parfois que tout d'un coup le pus cesse de monter dans l'aspirateur, malgré qu'on sente bien que l'abcès n'est pas encore vidé.

a) Ce peut être parce que des **grumeaux** sont venus boucher l'aiguille : essayez de la déboucher avec le mandrin, ou bien encore en injectant vigoureusement dans l'aiguille quelques centimètres cubes d'huile créosotée-iodoformée. L'aiguille se débouche, le pus se re-

met à couler. En tout cas, évitez de malaxer l'abcès : vous n'arriveriez qu'à faire saigner et ainsi à faciliter des inoculations.

b) Ce peut être aussi parce que l'aiguille n'est plus dans l'abcès, que le déplacement soit dû aux mouvements de l'opérateur ou à ceux du malade. On évitera cet ennui en recommandant au malade de ne pas bouger, et en s'astreignant soi-même à opérer avec douceur et souplesse. D'ailleurs un petit mouvement d'avancement ou de retrait rétablirait aussitôt le cours du liquide.

4° Obstruction de l'orifice cutané

Une fois l'aiguille retirée, on peut voir une gouttelette de pus ou un débris fongueux obstruer l'orifice cutané.

Dans ce cas, essuyez soigneusement avec un tampon, afin d'éviter toute inoculation de la peau.

Cet accident ne vous arrivera d'ailleurs pas si vous avez soin de ne vous servir que d'une aiguille fine (n^{os} 3, 4 au plus), si vous n'abordez l'abcès que par un long trajet oblique, et si enfin dans le cas d'aspiration sans injection, vous prenez la précaution de fermer le robinet avant de retirer l'aiguille armée de son aspirateur : autrement vous risqueriez de laisser le vide persistant attirer jusqu'à la peau quelque grumeau.

5° Mauvais état de la peau à l'arrivée du malade

C'est peut-être là l'ennui le plus grand pour le praticien en face d'une collection froide. Comment arriver à sauver une peau rouge et mince dont la face profonde

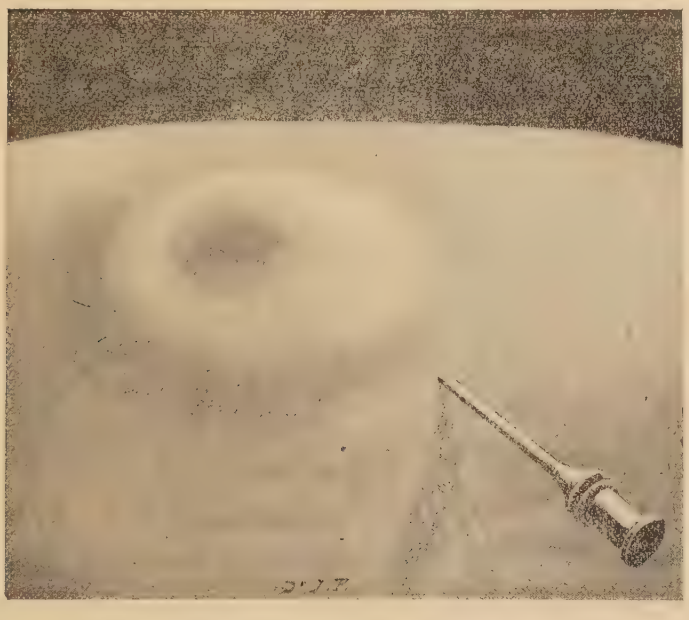

Fig. 14. — La peau est rouge et mince en un point. On ponctionnera en piquant la peau bien en dehors de la zone cutanée de l'abcès.

est déjà inoculée et envahie par la paroi tuberculigène de l'abcès ? Et tout d'abord, il ne faut pas désespérer, car si quelquefois, quoi qu'on fasse, on ne réussit pas, il est de nombreux cas où l'on arrive à empêcher l'éclatement de la peau.

Pour obtenir ce résultat, il faut donc vouloir réussir

et pour cela remplir les deux indications suivantes : d'une part supprimer la tension de la peau par des ponctions répétées au besoin tous les jours, et d'autre part arrêter la marche envahissante de la tuberculose par les injections.

Pratiquement, comment arriver à concilier ces deux indications qui semblent contradictoires, car si on fait des injections on détermine une sécrétion qui amène la tension de l'abcès, et si on ne fait pas d'injections, on laisse le processus finir de détruire la peau ?

On se trouvera bien en pareille occurrence de ponctionner tous les jours ou tous les deux jours et de n'injecter à la suite qu'une très faible quantité d'huile créosotée-iodoformée : un demi à 1 centimètre cube pour les petits abcès, 3 à 4 centimètres cubes pour les gros. De la sorte il y a suffisamment de liquide pour modifier heureusement la face profonde de la peau, et pas assez pour amener une hypersécrétion dangereuse pour la résistance de la mince pellicule.

On arrivera ainsi à sauver la peau en s'aidant en même temps d'autres petits moyens, comme de placer le malade de telle manière que la partie rouge de la peau ne soit pas au point déclive. Cela fait, on continuera le traitement de l'abcès comme il a été dit d'une façon générale.

II. — INCIDENTS CONSÉCUTIFS A UNE OU PLUSIEURS PONCTIONS OU INJECTIONS

1° Déchéance de la peau

Il peut arriver que, malgré ou même par le traitement la peau devienne rouge et mince, par suite d'une sécrétion trop intense. Dans ce cas cessez les injections, mais continuez les ponctions et faites-les aussi fréquentes qu'il faudra pour ménager la peau et la ramener à son état normal.

2° Infection de l'abcès

Autre éventualité : l'infection de l'abcès annoncée par la fièvre, avec son cortège accoutumé d'inappétence, amaigrissement, insomnie ; et aussi par des phénomènes locaux qui se présentent sous deux aspects différents :

a) Tantôt on assiste à la transformation rapide de l'abcès froid en un phlegmon aigu avec douleur, rougeur, chaleur, tuméfaction. Bientôt la peau éclate, donnant passage à un pus phlegmoneux épais.

b) Tantôt la peau est peu modifiée, car il s'agit généralement d'abcès profond, mais les phénomènes géné-

raux dominent et le contenu de l'abcès change d'aspect : le pus est remplacé par un liquide sanguinolent, lie de vin, d'odeur fétide.

La conduite à tenir, dans ces cas, c'est tout d'abord d'essayer par des ponctions répétées de faire tomber la fièvre ; si l'on n'y réussit pas, il faut se résigner à l'incision et au drainage qui seul peut empêcher la dégénérescence viscérale ; on se comporte dans la suite comme s'il s'agissait d'une fistule infectée.

3° Ouverture de l'abcès

Il peut se faire que malgré tout la peau cède et que l'abcès s'ouvre. Il faut alors essayer de rattraper les choses ; et il faut savoir que cela est plus aisé lorsque l'ouverture ne s'est produite qu'après un certain nombre d'injections : en effet la paroi ayant été modifiée, la cicatrisation se fait plus facilement de la profondeur à la superficie. On pansera la plaie avec des topiques variés, teinture d'iode, poudre de Lucas-Championnière, poudre du Dr Calot dont voici la formule :

Aristol	40	grammes
Sous-nitrate de bismuth . .	100	—
Quinquina gris pulvérisé. .	300	—
Benjoin de Siam pulvérisé .	300	—
Carbonate de magnésie . .	300	—
Essence d'eucalyptus . . .	30	—

Les pansements seront faits à plat, c'est-à-dire sans interposition de mèche ni de drain

Ils seront légèrement compressifs. On aura bien soin de n'y toucher que le moins possible.

Dans certains cas, laissant le pansement bien à demeure au niveau de l'éclatement pour ne pas désagréger la cicatrisation ébauchée, on relèvera l'un des coins du pansement et on cherchera à ponctionner en un point de la peau resté sain.

4° Les abcès qui s'éternisent

Quelquefois malgré toute l'attention, tout le soin, toute la ponctualité, l'abcès refuse énergiquement de se tarir ; on fait 15, 20, 30 ponctions, et chaque fois qu'on voit le malade, la poche purulente est là, tendue, fluctuante, et qu'il faut encore ponctionner. Cependant il ne faut pas se décourager : un abcès froid, fermé, non infecté doit guérir tôt ou tard, quel qu'il soit, où qu'il soit, par les ponctions et injections modificatrices. Si ce résultat n'est pas toujours obtenu à date fixe, de façon mathématique, cela dépend de certaines circonstances que nous allons passer en revue.

Premier cas. — Abcès à contenu très fluide

Les premières ponctions ont ramené du pus franc, épais, mais sans grumeaux. Peu à peu, sous l'influence du liquide modificateur (huile créosotée-iodoformée) le pus est devenu brunâtre, très fluide, transparent ; quand ce résultat est acquis, on ne fait plus que des ponctions suivies de compression de la poche. C'est la mauvaise

application de ce dernier temps qui est souvent la cause de tous les déboires. Ceux-ci seront évités par la technique suivante.

Fig. 15. — — On est à la fin de la huitième et dernière ponction ; cette fois, au lieu d'une injection consécutive, on va faire de la compression. Pour cela, lorsque l'évacuation s'achève, on applique sur l'abcès un carré de coton mouillé et exprimé : la main gauche appuie sur ce carré, les doigts s'appliquant successivement l'un après l'autre en commençant par la partie la plus éloignée du point d'implantation de l'aiguille pour faire refluer vers cette dernière les quelques gouttes de pus qui restent encore. Aspirateur et aiguille sont ensuite retirés ensemble d'un coup.

Vous avez vidé à fond, la poche purulente :

Avant de retirer votre aiguille, préparez un carré d'ouate hydrophile de dimensions telles qu'il dépasse largement de chaque côté les limites de la dépression qui occupe la place de l'abcès. Trempez ce carré d'ouate dans du sublimé et exprimez-le entre vos deux mains aussi complètement que possible, sans le tordre ni le plisser, de manière à obtenir une sorte de galette plate de 8 à 10 millimètres d'épaisseur. Rajustez alors votre aspirateur armé, et ouvrez le robinet. Maintenez le tout de la main droite.

De la main gauche appliquez sur l'abcès votre gâteau d'ouate, le petit doigt de cette main au point le plus

éloigné de l'orifice d'entrée de l'aiguille. Appuyez fortement sur ce tampon votre petit doigt d'abord, puis successivement tous les autres, bien à plat, de façon à faire refluer vers l'aiguille les dernières gouttes de li-

Fig. 16. — Ensuite par-dessus ce tampon plat et pour parfaire la compression, quelques carrés d'ouate mouillée sont disposés en croix sur l'abcès.

quide. Cela fait, sans cesser d'appuyer, retirez doucement l'aiguille toujours munie de l'aspirateur dont vous n'avez pas fermé le robinet.

Complétez votre pansement en plaçant sur le tampon que votre main gauche tient toujours, d'autres tampons analogues, mais moins larges et placés en croix les uns sur les autres. Terminez par une bonne couche de coton cardé sec et maintenez au moyen d'une bande Velpeau un peu serrée. Votre main gauche ne doit quitter son poste qu'après les premiers tours de bande.

Laissez en place ce pansement pendant cinq ou six jours. Au bout de ce temps il se peut que vous trouviez encore du liquide dans la poche, mais bien moins abondant et localisé le plus souvent au pourtour de l'orifice de la ponction précédente. Vous l'évacuez par une nouvelle ponction faite à ce point, laissant en place le grand

tampon carré, simplement soulevé sur un de ses côtés. Puis nouveaux tampons croisés et bandage compressif.

Il est prudent de laisser des pansements compressifs renouvelés tous les cinq à huit jours, pendant environ un mois après la dernière ponction.

Deuxième cas. — Abcès à pus grumeleux

Lorsque le pus est peu fluide, lorsqu'il renferme des grumeaux plus ou moins abondants, on a parfois de la difficulté à l'évacuer : le liquide coule bien par l'extrémité de l'aiguille, mais dès que l'aspirateur est en place, l'écoulement s'arrête ; quelques gouttes de pus sortent en bavant, et, malgré une fluctuation manifeste, la ponction est à peu près blanche. L'injection qu'on pousse vivement rétablit en partie l'écoulement, mais d'une façon très insuffisante.

S'entêter à injecter de l'iodoforme dans ces collections ne servirait de rien, au contraire : on arrivera chaque fois à évacuer à grand'peine le quart ou le tiers du contenu total, mais au bout de la série de ponctions, il reste encore une masse mollasse qui finit par redevenir fluctuante peu à peu, et... il faut recommencer un mois plus tard.

Le seul moyen d'arriver à un résultat, c'est d'employer le naphtol camphré glycériné.

Deux jours après l'injection, tentez une ponction : vous avez à ce moment de fortes chances d'avoir du pus facilement évacuable. Sinon faites une nouvelle injection de

naphtol camphré. Trois à quatre injections suffisent généralement pour vous ramener aux conditions ordinaires des abcès à pus fluide.

Troisième cas. — Abcès en bissac

Ces abcès, apanage principal, mais non exclusif du mal de Pott, sont constitués par deux poches reliées entre elles par un pertuis étroit au travers duquel le pus ne passe pas facilement, si bien que parfois l'on traite l'une des poches, on croit l'avoir tarie, et quelques mois plus tard on a la désagréable surprise de constater à la même place un nouvel abcès. Ce n'est pas en réalité un nouvel abcès qui s'est formé ; c'est l'ancienne collection dont vous n'aviez tari qu'une des poches, et dont le pus traversant petit à petit l'étroit passage, est venu distendre la poche superficielle. Le remède n'est pas compliqué : videz cette poche et ayez soin de rechercher l'autre. De toute façon attaquez l'abcès le plus près possible de son foyer.

Et faites en sorte que votre injection pénètre jusqu'au point malade. Sachez en passant, que dans le mal de Pott, la position couchée favorise grandement cette condition en rendant déclives des régions qui ne le sont pas normalement.

Quatrième cas. — Abcès dont un séquestre forme la source

Dans ces abcès le pus se reforme quoi qu'on fasse ; c'est un liquide en général très fluide, dans lequel on peut trouver de petites particules osseuses. Il faut être aussi persévérant que la suppuration et plus encore. Ponctionnez, injectez. Ponctionnez quand la poche est assez tendue, faites des séries de 8, 10 injections ; séparez ces séries par un laps de temps de un à deux mois. Vos efforts finiront par être couronnés de succès, soit que le séquestre finisse par être complètement résorbé, soit que vos injections l'aient transformé en un corps étranger aseptique.

CONCLUSIONS

En matière de tuberculose externe, l'intervention sanglante recule de jour en jour devant la méthode des ponctions.

Un certain nombre de médecins cependant n'apprécient pas encore cette méthode à sa juste valeur, parce qu'ils ne savent pas l'employer.

Ils ne savent pas l'employer, parce qu'ils ne se donnent pas la peine d'apprendre :

1° Quand il faut ponctionner ;

2° Comment il faut ponctionner ;

3° Comment il faut se comporter en face des incidents possibles au cours ou à la suite des ponctions :

Hémorragies ;
Ponction blanche ;
Arrêt du liquide ;

Mauvais état de la peau ;
Ouverture de l'abcès ;
Infection de l'abcès ;
Éternisation de l'abcès.

Vu : le Président de la thèse
ALBERT ROBIN

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie
L. LIARD

MAYENNE, IMPRIMERIE CHARLES COLIN